

Articulação entre saúde e educação: a experiência brasileira sob a ótica do profissional de educação física

Silva, Paulo Sergio Cardoso¹; Braz, Marcelo²

¹Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC), pauloscs85@gmail.com

²Universitat de Barcelona, marcelobraz@ub.edu

RESUMO

Durante séculos a saúde foi associada a ausência de doença, refletindo num modelo biomédico, mas, desde a década de 1970, discussões acerca do conceito ampliado de saúde passaram a vigorar. Esta perspectiva considera a promoção, prevenção e tratamento de agravos a saúde, mas também os níveis de qualidade de vida tanto do indivíduo como da sua família, meio ambiente e comunidade. Sob esta ótica, o sistema de saúde brasileiro cria mecanismos de levar a integralidade nas suas ações, a citar os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, composto por equipes multiprofissionais; e o Programa Saúde na Escola, que visa impactar a saúde da comunidade escolar com desdobramentos positivos em vários âmbitos. Neste sentido, quer-se aqui tornar clara a relação tênue entre as macroáreas da saúde e educação, descrevendo programas governamentais sob a ótica do profissional de Educação Física, apresentando possibilidades para aplicação em contextos além do brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE

Programa saúde na escola, educação, promoção de saúde, educação física, Brasil.

ABSTRACT

For centuries health has been associated with absence of disease, reflecting on a biomedical model, but since the 1970s, discussions about the expanded concept of health have been in force. This perspective considers the promotion, prevention and treatment of health problems, but also the quality of life levels of the individual, their family, the environment and the community. From this perspective, the Brazilian health system creates mechanisms that lead to integrality in its actions, to mention the Extended Family Health and Primary Care Centers, composed of multiprofessional teams; and the Health at School Program, which aims to impact the health of the school community with positive developments in various areas. In this sense, we want to clarify the tenuous relationship between the macro areas of health and education, describing government programs from the perspective of the Physical Education professional, presenting possibilities for application in contexts beyond the Brazilian.

KEYWORDS

Health program at school, education, health promotion, physical education, Brazil.

Introdução

A saúde tem sido associada historicamente ao surgimento de doenças, sua prevenção e cura. Isso reflete a hegemonia do modelo biomédico que tem permeado durante longo tempo o desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil e no mundo. No entanto, nos últimos anos esse quadro vem sendo modificado para uma visão mais ampla e holística da saúde.

A integração das áreas de saúde e educação desde uma perspectiva de formação permanente de educadores e profissionais da saúde, e a consequente troca de saberes que emerge nesse contexto, permitem ressignificar sua interrelação que historicamente “têm vivenciado aproximações e distanciamentos, e produzido experiências que refletem encontros e desencontros, no cumprimento das suas missões e do seu papel social” (Ministério da Educação, 2009, p.9).

Neste sentido, o objetivo deste estudo é:

- Tornar clara a relação tênue entre as macroáreas da saúde e da educação;
- Descrever um programa governamental intersetorial brasileiro sob a ótica do profissional de Educação Física, para o enfrentamento de fatores de risco como a obesidade;
- Apresentar o modelo do Programa Saúde na Escola como uma forma possível de ser aplicada em contextos além do brasileiro.

Fundamentação teórica

Saúde pública brasileira e a Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) está amparado na Constituição Federal brasileira, de 1988, e nas Leis orgânicas da Saúde, todas fruto de vários movimentos pregressos internacionais, como a Conferência Internacional de Atenção Primária de 1976, realizada em Alma-Ata e com o objetivo de trazer a saúde sob a perspectiva ampliada; e também nacionais, como a Reforma Sanitária brasileira ocorrida na década de 70, que buscou fomentar mudanças e transformações no sistema de saúde para melhoria das condições de vida da população, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que teve como tópicos de discussão o entendimento da saúde como direito, a reformulação do sistema nacional vigente, além do financiamento do setor (BRASIL, 1990a; 1990b; 1988; OMS, 1978).

Conforme seus princípios, o SUS traz a saúde como um direito universal (BRASIL, 1990a; 1988). Além disso, está organizado em três níveis de complexidade, a Atenção Básica ou Primária à Saúde, normalmente relacionadas a atendimentos realizados nos Postos/Centros/Unidades de Saúde, que utilizam uma tecnologia leve para atender a maioria das demandas em saúde; a média complexidade, que se refere às ações e serviços de saúde em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com maior aporte tecnológico e apoio para diagnóstico e tratamento, podendo ser representado pelas policlínicas e centros de atenção psicossocial, de reabilitação, de odontologia, de doenças infecciosas, dentre outros; e por fim, a alta complexidade, que se refere a um conjunto de procedimentos que demandam de alta tecnologia e alto custo, oferecendo serviços qualificados e normalmente representados pelos hospitais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010a).

As ações realizadas na Atenção Primária à Saúde focam na corresponsabilização dos atores envolvidos, empoderando as comunidades a serem responsáveis por si mesmas e pelo próximo (BRASIL, 2017a). Tendo em vista que apresenta resolutividade para cerca de 80% das demandas em saúde da população, a principal estratégia de saúde brasileira se encontra neste nível de complexidade, a Estratégia Saúde da Família (Assis, do Nascimento, Franco, y Jorge, 2010; Starfield, 2002). Formalizada como prioritária desde 2006, a ESF assegura uma estreita relação com as comunidades, tendo forte vinculação no território, e tendo suas equipes compostas, por, no mínimo, médico da família, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017a).

Apesar da alta capacidade resolutiva destas equipes, e visando atender ao importante princípio do SUS, denominado “integralidade”, e conceituado como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a), o Ministério da Saúde cria em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008), hoje denominados de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. O NASF-AB é um serviço multidisciplinar com o objetivo de apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. As equipes podem ser compostas por mais de 20 categorias profissionais distintas, incluindo o profissional de Educação Física (BRASIL, 2017a).

As ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, incluindo àqueles pertencentes a equipe NASF-AB, preveem os atendimentos individuais, domiciliares, compartilhados, atividades de grupo, a ações de educação em saúde (BRASIL, 2017a; SILVA, 2016). O Apoio

Matricial, se caracteriza como uma das principais ferramentas neste contexto. É com ele que os profissionais do NASF-AB buscarão assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso as equipes de Saúde da Família). Neste sentido, as dimensões de suporte podem ser assistencial ou técnico-pedagógica. A primeira produz ações diretas com os usuários, podendo ser de maneira compartilhada; e a segunda volta-se para apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2010b).

Saúde, educação e o profissional de Educação Física

Historicamente, a atuação do profissional de Educação Física sempre esteve atrelada a uma relação com as grandes áreas dos esportes e educação (Farias y do Nascimento, 2016). Foi a partir da Resolução 218, de 1997, que passa a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde brasileiro como uma categoria profissional da saúde, de nível superior (BRASIL, 1997). Desde então, sua representatividade só vem crescendo. Um estudo que investigou a distribuição dos profissionais de Educação Física na área da saúde, apontou para um aumento de 78%, do ano de 2013 a 2017, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Silva, 2018).

Iniciativas do governo brasileiro, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que considera o profissional de Educação Física como categoria profissional a integrar equipes multiprofissionais no intuito de apoiar ações de prevenção e promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde, foram fundamentais para este crescimento (BRASIL, 2017a).

É destacável também, iniciativas como a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), que prevê a realização intersetorial das práticas corporais e atividade física como instrumento de promoção de saúde da população; o Programa Academia da Saúde (PAS), que possibilita a constituição de polos para a realização de inúmeras ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde; e o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, e que permite a realização de inúmeras ações de promoção de saúde dentro do ambiente escolar, e cuja a execução é majoritariamente dos profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2014; BRASIL, 2013). A inserção formal do profissional de Educação Física nestas ações programáticas, aponta para a potencialidade deste profissional na articulação de práticas de cuidado de caráter multiprofissional, inspiradas no princípio da integralidade, tanto para o campo da saúde como da educação física (Fraga, Carvalho, y Gomes, 2012).

Por agir vinculado a um território e considerando os princípios do SUS, o foco de atuação do profissional da Atenção Primária à Saúde perpassa todas as faixas etárias, condições sociodemográficas e situações de saúde, sendo uma ponte entre outros níveis de complexidades da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). Atua além das Unidades Básicas de Saúde, ocupando espaços da comunidade, como praças, parques, igrejas, centros comunitários, academias da saúde, escolas, creches, entre outros (BRASIL, 2017a). A atuação do NASF-AB, como anteriormente dita, pressupõe vinculação com as equipes de Atenção Básica ou equipes de Estratégia Saúde da Família, e visa oportunizar maior integralidade e resolutividade aos atendimentos em saúde, que podem ser individuais, compartilhados com outros profissionais de saúde, em forma de grupos temáticos e por meio de processos educativos de saúde nos diferentes espaços (BRASIL, 2017a; Silva, 2016)

Há de se convir, contudo, que a aproximação da escola se mostra como mecanismo de promoção de saúde bastante oportuno, haja vista que se relaciona com a estimulação, manutenção e promoção de hábitos saudáveis, e cuja a repercussão apresenta potencial de se perpetuar por toda a vida do indivíduo (Buss, 2001). Outro ponto importante é que, o profissional de Educação Física é, talvez a categoria que melhor transita pela saúde e educação com facilidade, pelas características da sua formação e campos de atuação (Farias y do Nascimento, 2016). Estudos apontam para a potencialidade desta categoria profissional como ponte entre a educação física escolar e a saúde. O ensino e aprendizagem

da vida ativa para a saúde permite com que as pessoas saibam escolher a melhor maneira de desenvolver as atividades do seu cotidiano, frente a representações culturais, sociais, econômicas, ambientais e biológicas (Mussi, Freitas, Amorim, y Petroski, 2016).

Neste sentido o Programa Saúde na Escola vem como um instrumento potencializador das ações da Atenção Primária à Saúde no âmbito dos escolares, de forma a melhor cercar os fenômenos transversais que atentam a saúde deste público, a citar, por exemplo, a obesidade e o sedentarismo (BRASIL, 2017b). No que se refere o profissional de Educação Física, suas atribuições podem estar relacionadas ao componente “Promoção das práticas corporais/atividade física”, mas também no desenvolvimento de outros componentes do programa, sob a ótica da educação em saúde em uma perspectiva mais ampla (Oliveira, Martins y Bracht 2015), como “Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil” e todos os outros (BRASIL, 2017b). Desta forma, considerando a expertise necessária as ações mencionadas, o profissional de Educação Física passa a ser compreendido com um ator de fundamental importância neste contexto (Brito, Silva, y França, 2012).

A seleção de quais ações serão realizadas pelo PSE levam em consideração as características do território da escola, a citar os aspectos epidemiológicos, sanitários, sociodemográficos, culturais e alguma situação particular da própria instituição (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2011). Entre as principais ações específicas dos profissionais de Educação Física neste contexto, estão as ações voltadas para o combate a obesidade e a promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (BRASIL, 2017b). A atividade física regular é um importante instrumento de combate e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, a citar a obesidade e o sedentarismo (WHO, 2018). No Brasil, a prevalência de excesso de peso em adolescentes de 11 a 19 anos, no ano de 2015, foi de 22,2% (Conde, Mazzeti, Silva, Santos, y Santos, 2018). Um importante estudo mundial, com crianças e adolescente de 6 a 19 anos, mostrou que a prevalência de obesidade, de 1975 para 2016, foi de 0,7% para 5,6% em meninas e 0,9% para 7,6% em meninos, valores muito altos, considerando a idade (Abarca-Gómez et al., 2017). No mundo, 23% dos adultos e 81% dos adolescentes, de 11 a 17 anos, não atendem as recomendações de atividade física para a saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018).

É válido mencionar que ainda que o profissional de Educação Física seja o principal responsável pela intervenção com atividade física, seus conteúdos e vivências são mais amplos, sendo transdisciplinares e multiprofissionais, podendo ser analisados sob a ótica das ciências naturais, sociais, das humanidades ou mesmo das ciências aplicadas (Mussi et al., 2016).

Definição do contexto de aplicação

O Programa Saúde na Escola

Criado em 2007, o Programa Saúde na Escola tem por objetivo aproximar as macroáreas da saúde e educação. Entre seus objetivos estão (BRASIL, 2017b):

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Seu contexto de aplicação é o município, entendendo que a saúde deve ser pensada sob a perspectiva ampliada. Do ponto de vista prático, secretarias municipais de saúde e de educação articulam ações à comunidade escolar, no intuito de prevenirem e promoverem hábitos saudáveis que terão profunda interferência em suas vidas. Estas ações são organizadas e executadas pelo setor da saúde, sobretudo pelos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde, oportunamente tendo suporte dos profissionais das escolas envolvidas (BRASIL, 2017b).

Participação

A participação no PSE está condicionada a adesão do município junto ao Ministério da Saúde e da Educação. Para credenciar o município, a adesão é realizada por escola, de forma que são indicadas as escolas básicas da rede pública. Os registros das informações sobre as atividades realizadas pelo PSE são efetuados no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, e considerando que o amparo se dá por meio de um programa governamental intersetorial, é válido pontuar que mais de 90% dos municípios brasileiros aderiram ao referido programa (Programa Saúde na Escola) no ciclo bianual 2017/2018 (BRASIL, 2017c).

Referente aos participantes das ações pontuais, conforme estabelecido em nas diretrizes do PSE, são envolvidos o público escolar, a citar os estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes de educação profissional, tecnológica e de Jovens e Adultos (Ministério da Educação, 2019; BRASIL, 2017b), com a maioria dos estudos encontrados voltados para crianças e adolescentes (Batista et al., 2017; Machado et al., 2015; Machado et al., 2016; Oliveira, et al., 2015). O Programa Saúde na Escola, possui periodicidade bianual (24 meses), requerendo envio da comprovação das ações realizadas ao Ministério da Saúde por meio do E-SUS Atenção Básica, sistema oficial do governo federal. Com o encerramento do ciclo, e após análise do Ministério da Saúde e interesse da gestão municipal, o município tem a oportunidade de contratualizar novo ciclo. Em termos gerais, são analisados o cumprimento de metas pré-estabelecidas e a cobertura das ações em escolas pactuadas com o PSE (BRASIL, 2017b). Para além da avaliação oficial, faz-se necessária a constante avaliação, monitoramento e, se necessária, modificação das estratégias adotadas no planejamento e execução das ações no ambiente escolar, no intuito de melhor atender as reais demandas locais (Batista et al., 2017).

Resultados e Avaliações

Ao analisar programas e projetos direcionados à saúde em escolas brasileiras, um estudo apontou que as ações mais comuns foram àquelas voltadas para o incentivo da prática de atividades físicas e da alimentação saudável. Neste sentido, os programas que promoveram atividade física na escola foram bem-sucedidos na redução do sedentarismo (Brito et al., 2012). Loch (2011) faz uma importante consideração quanto à Educação Física na escola, sinalizando que as intervenções voltadas para a promoção de uma vida ativa e hábitos saudáveis não devem se limitar aos professores de Educação Física, mas deve envolver demais atores. Outro ponto importante é o de que as ações não devem se preocupar apenas com aumento nas práticas de atividades física, mas explorar as múltiplas possibilidades do movimento humano, sob o olhar da educação emancipada, em que considera a construção histórica e o campo de intervenção social (Knuth y Loch, 2014).

Quando avaliado os componentes do Programa Saúde na Escola executados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família entre escolares adolescentes da cidade de Sobral-CE, um estudo identificou as seguintes ações: avaliação antropométrica e do estado nutricional; medição da pressão arterial; verificação da carteira de vacinação; verificação de sinais de agravos de saúde negligenciados (hanseníase, tuberculose e malária); triagem de acuidade visual (teste de *Snellen*); avaliação do estado de saúde bucal; avaliação psicossocial; atividades educativas sobre promoção de alimentação e modos de vida saudáveis; oferecimento de práticas corporais; abordagem de temáticas de saúde sexual e reprodutiva; atividades voltadas para a redução dos riscos e danos causados pelo uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; atividades de temáticas da diversidade sexual, *bullying*, discriminação e preconceito da família e da comunidade; e atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo e com o meio ambiente (Machado et al., 2016).

De acordo com dados do Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica, o Brasil apresentou, no ano de 2012, expressivos resultados quanto a realização de atividades na escola por meio do PSE. A região Norte foi a que executou mais ações (80,5%), seguida da Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste (Machado et al., 2015). É válido destacar as ações diagnósticas previstas no PSE. Por meio dos componentes previstos pelo programa, a aproximação das equipes de saúde com a comunidade escolar permite identificar as demandas daquele contexto. Um estudo que avaliou 21 escolas públicas de Itapevi-SP no ano de 2014, mostrou, por meio de ações do PSE, que 30,6% dos escolares apresentaram excesso de peso e 68,4% dos cardápios do período vespertino apresentavam alimentos ultra processados, dentro da escola (Batista, Mondini, y Jaime, 2017). Ainda por meio do PSE, o Brasil em 2012 teve a avaliação antropométrica realizada em maior escala na região Nordeste (57,9%), seguida da região Centro-Oeste (52,7%) e região Norte (50,2%); e a promoção das práticas corporais e atividade física foram mais prevalentes na região Norte (34,6%), seguido da região Centro-Oeste e Nordeste, com 34,0% e 33,9% respectivamente (Machado et al., 2015).

Entre as dificuldades detectadas no PSE, um estudo apontou para o distanciamento das propostas de promoção de saúde aos escolares adolescentes da cidade de Fortaleza-CE (Brasil, Silva, Silva, Rodrigues, y Queiroz, 2017). Outro estudo identificou a existência de espaços onde sua aplicação teve discurso voltado para a responsabilização dos sujeitos, em contraposição ao que o conceito ampliado de saúde busca alcançar, cuja a ideia é a corresponsabilização de todos envolvidos em respeito aos determinantes sociais em saúde (Cavalcanti, Lucena, y Lucena, 2015). Ao avaliar o PSE em uma cidade do Nordeste brasileiro um estudo apontou para a desarticulação entre os setores educação e saúde, repercutindo negativamente no planejamento e execução das ações do PSE (Brasil et al., 2017). De acordo com Carvalho (2015), a intersectorialidade é aspecto chave para a promoção de saúde. Estudos sugerem para a consolidação do PSE a construção realizada de forma participativa, com gestores municipais, equipe técnica e executores do programa, no intuito de favorecer melhor articulação e engajamento dos atores, oportunizando uma forma mais efetiva da sua execução, sempre avaliando as ações adotadas (Batista et al., 2017; Fontenele, Sousa, Rasche, Souza, y Medeiros, 2017).

Contudo, é perceptível que o PSE vem em constante movimento de ampliação, alcançando a quase totalidade dos municípios brasileiros e mostrando-se como investimento de ganhos públicos no campo da saúde e seguridade infanto-juvenil (Vieira, Saporetti, y Belisário, 2016). Reforça-se que a eficiência e permanência das ações de promoção de saúde na escola requerem o comprometimento de todos os envolvidos, devendo ser a comunidade escolar empoderada nas atitudes do cotidiano (Couto et al., 2016).

Os resultados do PSE demonstram benefícios complexos como a articulação intersectorial necessária entre as secretarias de saúde e de educação, que pode trazer melhor eficiência em outras políticas municipais, para além do PSE. Ainda neste sentido, a aproximação de profissionais da saúde dentro do contexto escolar desmistifica a ideia de que os serviços de saúde estão necessariamente relacionados a doença, trazendo uma imagem positiva

de forma a contribuir incrementos nos níveis de qualidade de vida, não só em aspectos da saúde física, mas também aspectos psicológicos e cognitivos (CDC, 2017; Merege Filho et al., 2014; Northey, Cherbuin, Pumpa, Smee, y Rattray, 2018; Silva, Silva, Silva, Souza, y Tomasi, 2010). Entre os resultados mais pragmáticos, está a melhoria do estado geral de saúde dos escolares, familiares e comunidade escolar, aspecto que traz desdobramentos positivos como, inclusive, menores gastos em saúde e melhores resultados na educação (CDC, 2017; CEBR y ISCA, 2015; Lee et al., 2017; WHO, 2018).

Conclusões

A articulação entre a saúde e a educação pode se constituir de diferentes formas e pode trazer inúmeros benefícios, tanto à sociedade, como a gestão governamental. Além de responder a problemas de saúde loco-regionais, estas ações possibilitam a melhoria dos processos de trabalho por meio do refinamento da articulação intersetorial, e ainda uma abrupta economia de custos em saúde e melhoria dos resultados escolares.

No Brasil, uma das formas impulsionadoras desta relação setorial, é o Programa Saúde na Escola, uma importante iniciativa federal que vêm trazendo resultados bastante expressivos. Mais do que apresentar o PSE, este trabalho busca sensibilizar para a importância da articulação entre as áreas da saúde e da educação, sobretudo na perspectiva do profissional de Educação Física, que já na sua formação sedimenta conhecimento de ambas as áreas. Este cenário fica mais claro quando entendemos que o enfrentamento a epidemias mundiais como a obesidade e o sedentarismo se faz cada vez mais necessário (Abarca-Gómez et al., 2017; CDC, 2017; WHO, 2018).

Mediante os argumentos apresentados, encoraja-se que outras realidades, para além da brasileira, empreendam esforços em projetos e ações articuladas entre saúde e educação, no intuito de oportunizarem benefícios a sociedade em geral. Estratégia semelhante foi encontrada nos Estados Unidos da América, em que visava aproximar as áreas da saúde e da educação (CDC, 2017). Um relatório do *Centre for Economics and Business Research* com o *International Sports and Culture Association* mostrou que, na Espanha, cerca de 83% das crianças de 15 anos não atingem os níveis recomendados de atividade física. Além disso, 13,4% de todas as mortes são causadas pela inatividade física, aspectos que resultam em custos anuais totais superiores a 6,6 bilhões de euros (CEBR y ISCA, 2015). O prognóstico apresentado faz da Espanha um país bastante permeável a ações articuladas entre saúde e educação.

É válida a compreensão, contudo, de que os problemas de saúde no contexto escolar são complexos e profundos, trazendo um importante papel a escola, em meio às questões sociais que estão envolvidas na saúde e na aprendizagem. Isto faz com que a articulação entre estes dois setores se faça essencial na sociedade, motivo pelo qual o PSE parece ser uma estratégia interessante para auxiliar a população na adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis (Christmann y Pavão, 2015).

A efetivação de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e qualidade de vida da comunidade escolar, no entanto, exige a coordenação e planejamento intersetoriais, com definição de orçamento adequado e uma narrativa voltada para o conceito ampliado de saúde e para uma educação integral, selecionados a partir do diagnóstico de cada contexto (Casemiro, Fonseca, y Secco, 2014).

Concluindo, mais estudos são necessários para comprovar a melhor forma de implementação de políticas integradas de saúde e educação dentro do contexto escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., . . . Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627-2642. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3
- Assis, M. M. A., do Nascimento, M. Â. A., Franco, T. B., y Jorge, M. S. B. (2010). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*: SciELO - EDUFBA.
- Batista, M. S. A., Mondini, L., y Jaime, P. C. (2017). Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 569-578.
- Brasil, E. G. M., Silva, R. M., Silva, M. R. F., Rodrigues, D. P., y Queiroz, M. V. O. (2017). Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Brasília: 1997.
- BRASIL. Constituição Nacional (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set.
- BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 31 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010a). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2010b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017a). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (2017b). Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. (2017c). Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Portaria lista Municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brito, A. K. A., Silva, F. I. C., y França, N. M. (2012). Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, 36, 624-632.
- Buss, P. M. (2001). Promoção da saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1, 279-282.
- Carvalho, F. F. B. (2015). A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1207-1227.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., y Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 829-840.
- Cavalcanti, P. B., Lucena, C. M. F., y Lucena, P. L. C. (2015). Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos e Contextos*, 14(2), 387-402. doi:10.15448/1677-9509.2015.2.21728
- CDC – Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Increasing Physical Education and Physical Activity: A Framework for Schools 2017*. Retrieved from National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Population Health. Disponível em: https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/pdf/17_278143-A_PE-PA-Framework_508.pdf
- CEBR - Centre for Economics and Business Research, y ISCA - International Sport and Culture Association. (2015). *The economic cost of physical inactivity in Europe*. Disponível em: [https://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20\(June%202015\).pdf](https://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20(June%202015).pdf)
- Christmann, M., y Pavão, S. M. O. (2015). A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. *Revista de Educação PUC-Campinas*, 20(3), 265-277.
- Conde, W. L., Mazzeti, C. M. S., Silva, J. C., Santos, I. K. S., y Santos, A. M. R. (2018). Estado nutricional de escolares adolescentes no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21.
- Couto, A. N., Kleinpaul, W. V., Borfe, L., Vargas, S. C., Pohl, H. H., y Krug, S. B. F. (2016). O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis*, 17(4 S1), 378-383. doi:10.17058/cinergis.v17i0.8150
- Farias, G. O., y do Nascimento, J. V. (2016). *Educação, saúde e esporte: novos desafios à Educação Física*. Ilhéus, BA: Editus.
- Fontenele, R. M., Sousa, A. I., Rasche, A. S., Souza, M. H. N., y Medeiros, D. C. (2017). Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, 41(n. esp.), 167-179.
- Fraga, A. B., Carvalho, Y. M., y Gomes, I. M. (2012). Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(3), 367-386. doi:10.1590/S1981-77462012000300002
- Knuth, A., y Loch, M. (2014). “Saúde é o que interessa, o resto não tem pressa”? Um ensaio sobre educação física e saúde na escola. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, 19(4), 429-440. doi:10.12820/rbafs.v.19n4p429
- Lee, B. Y., Adam, A., Zenkov, E., Hertenstein, D., Ferguson, M. C., Wang, P. I., . . . Brown, S. T. (2017). Modeling The Economic And Health Impact Of Increasing Children's Physical Activity In The United States. *Health Aff (Millwood)*, 36(5), 902-908. doi:10.1377/hlthaff.2016.1315
- Loch, M. R. (2011). A promoção de atividade física na escola: um difícil e necessário desafio. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, 16(1), 76-77.
- Machado, M. F. A. S., Gubert, F. D. A., Meyer, A. P. G. F. V., Sampaio, Y. P. C. C., Dias, M. S. D. A., Almeida, A. M. B., . . . Chaves, E. S. (2015). Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 307-312. doi:10.7322/jhgd.96709
- Machado, W. D., Oliveira, K. M. C. P., Cunha, C. G., Júnior, D. G. A., Silvino, R. H. S., y Dias, M. S. A. (2016). “Programa Saúde na Escola”: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *SANARE*, 15(1), 62-68.

Merege Filho, C. A. A., Alves, C. R. R., Sepúlveda, C. A., Costa, A. S., Lancha Junior, A. H., y Gualano, B. (2014). Influência do exercício físico na cognição: uma atualização sobre mecanismos fisiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 20, 237-241.

Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas. ME/Site institucional. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>.

Ministério da Educação. (2009). Saúde e Educação: uma relação possível e necessária . Salto para o futuro. ISSN 1982 – 0283. Ano XIX, Boletim 17, novembro 2009. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012177.pdf>

Mussi, R. F. F., Freitas, D. A., Amorim, A. M., y Petroski, E. L. (2016). Formação em educação física e a saúde na escola. In G. O. Farias & J. V. do Nascimento (Eds.), *Educação, saúde e esporte: novos desafios à Educação Física* (pp. 111-133). Ilhéus, BA: Editus.

Northey, J. M., Cherbuin, N., Pumpa, K. L., Smee, D. J., y Rattray, B. (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 52(3), 154-160. doi:10.1136/bjsports-2016-096587

Oliveira, V. J., Martins, I., y Bracht, V. (2015). Relações da educação física com o Programa saúde na Escola: visões dos professores das escolas de Vitória/ES. *Pensar a Prática* 18(3), 544-556. doi:10.5216/rpp.v18i3.33028

Silva, P. S. C. (2016). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: aspectos legais, conceitos e possibilidades para a atuação dos Profissionais de Educação Física*. Palhoça, SC: Unisul.

Silva, P. S. C. (2018). Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, 23(e0050). doi:10.12820/rbafs.23e0050

Silva, R. S., Silva, I., Silva, R. A., Souza, L., y Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 115-120. doi:[10.1590/S1413-81232010000100017](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100017)

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde.

Vieira, L. S., Saporetti, G. M., y Belisário, S. A. (2016). Programa Saúde na Escola: marcos jurídicos e institucionais. *Rev Med Minas Gerais*, 26(Supl 8), S381-S387.

WHO - World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Switzerland: World Health Organization.